



# AUTORIZACIÓN PAGO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN

GOBERNACION DE CASANARE  
OFICINA JURIDICA - ARCHIVO  
Quien Recibe

FO-AB-61  
16-03-2021  
V. 06

Fecha: 15/07/2025

|                                   |                                                                                                                |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ciudad y Fecha: Yopal, 15/07/2025 | Número y fecha del Contrato: SECOP II CAS-OAJ-CDPSAG-0001-2025 Y No INTERNO 0025 Fecha del Contrato 15-01-2025 |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

CPSP ☐ CPSAG ☒ Periodo de pago: DE 15/06/2025 A: 14/07/2025 Informe No. 6 de 6

UNIDAD EJECUTORA:  
OFICINA ASESORA JURIDICA.

## 1. INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.

Nombres y Apellidos del Contratista: LILIANA VELANDIA FORERO No. de Identificación 24.144.057 DV- 5

Información tributaria: Responsable de IVA ☐ No responsable de IVA ☒ Régimen ordinario ☒ Régimen especial ☐ No declarante ☐  
Régimen simple de tributación ☐ Facturador electrónico ☐ No obligados a facturar ☒

Fecha de actualización RUT: 03/01/2025

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA ORGANIZACIÓN, REVISION Y FOLIACION DE LA DOCUMENTACION ALLEGADA, ASI COMO ALIMENTAR LAS CARPETAS CONTRACTUALES QUE TIENE A CARGO LA OFICINA DE ASESORA JURIDICA DE LA GOBERNACION DE CASANARE.

Nombre del Proyecto de Inversión: N/A Código BPIN: N/A

Plazo de Ejecución: SEIS (6) Meses Meses Ejecutados: Seis (6) meses

Fecha de suscripción del Acta de Inicio: 15/01/2025 Fecha de Terminación: 14/07/2025

ESTADO FÍSICO: Hasta la fecha 14/07/2025 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 100%, contra una programada de 100% del Total.

### A. Estado financiero: (incluir adicional, si aplica)

|                                                               |                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Valor Total del Contrato de prestación de servicios:          | \$ 14.552.664,00                                                                                              |
| Valor Ejecutado a la fecha:                                   | \$ 14.552.664,00                                                                                              |
| Saldo por facturar del Total del Contrato:                    | \$ 00                                                                                                         |
| Valor a Pagar según plan de pagos<br>(valor en No. y letras): | \$ 2.425.444,00 ( DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE) |
| Saldo a favor del Departamento:                               | \$ 0.00                                                                                                       |

Forma de Pago (Diligencie según minuta): El valor del presente contrato, se pagará mediante seis mensualidades vencidas, por valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE (\$ 2.425.444) M/CTE. Los pagos se realizarán previa presentación del informe por parte del contratista, la acreditación que se encuentran al día en el pago de aportes relativos al sistema de seguridad social integral y la aprobación por parte del supervisor del contrato.

Cuenta bancaria autorizada para Giro:

|                                 |
|---------------------------------|
| Tipo: Cuenta Ahorros            |
| No. 363-000201-30               |
| Entidad Financiera: BANCOLOMBIA |

### B. Información presupuestal (Diligencie de acuerdo a la información del contrato y/o adicional o prórroga)

| Contrato Inicial                | Concepto                                   | Fuente                            | Número                            | Fecha      | Valor            |
|---------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------|------------------|
|                                 | Certificado de Disponibilidad Presupuestal | B.1.0.121000.0.2.1.2.02.02.008.24 | 2500106                           | 8-01-2025  | \$ 14.552.664,00 |
|                                 | Registro Presupuestal                      | B.1.0.121000.0.2.1.2.02.02.008.24 | 25000025                          | 15-01-2025 | \$ 14.552.664,00 |
| Contrato Adicional y/o Prórroga | Certificado de Disponibilidad Presupuestal |                                   |                                   |            |                  |
|                                 | Registro Presupuestal                      |                                   |                                   |            |                  |
|                                 | Plazo meses y/o días:                      | Fecha Suscripción:                | Nueva Fecha Terminación Contrato: |            |                  |

### C. Información de acta de suspensión, ampliación y reinicio o cesión de contrato (Diligencie si aplica)

| Concepto                         | Número | Fecha      | Tiempo            |
|----------------------------------|--------|------------|-------------------|
| Acta de Suspensión               |        | dd-mm-aaaa | # Meses y # días. |
| Acta de Ampliación de suspensión |        | dd-mm-aaaa | # Meses y # días. |
| Acta de Reiniciación             |        | dd-mm-aaaa | N.A.              |



# AUTORIZACIÓN PAGO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN

FO-AB-61  
16-03-2021  
V. 06

|                    |                          |                         |                                           |                                                 |
|--------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Cesión de Contrato | C.C Cesionario:<br>xxxxx | Resolución<br>No: xxxxx | Fecha de Registro Contrato:<br>dd-mm-aaaa | Nueva Fecha Terminación Contrato:<br>dd-mm-aaaa |
|--------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|

## 2. INFORMACIÓN RECIBO DE CAJA OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y DERECHOS (Agregue las filas y columnas que requiera)

| Contrato Inicial   | CONCEPTO         | Estampilla Cultura 1% Pro | Estampilla Pro Adulto Mayor 3%: | Estampilla Pro Desarrollo Dptal. 1% (CPS que superen 30 SMLV) | Estampilla pro unitropico 1.25% |
|--------------------|------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|
|                    | Numero de recibo | 25000836                  |                                 |                                                               | 25000837                        |
|                    | Fecha            | 15-01-2025                |                                 |                                                               | 15-01-2025                      |
|                    | Valor            | \$ 145.500,00             | \$                              | \$                                                            | \$ 181.900,00                   |
| Contrato Adicional | CONCEPTO         | Estampilla Cultura 1% Pro | Estampilla Pro Adulto Mayor 3%: | Estampilla Pro Desarrollo Dptal. 1% (CPS que superen 30 SMLV) | Estampilla pro unitropico 1.25% |
|                    | Numero de recibo |                           |                                 |                                                               |                                 |
|                    | Fecha            |                           |                                 |                                                               |                                 |
|                    | Valor            |                           | \$                              | \$                                                            |                                 |

## 3. INFORMACIÓN DE PÓLIZAS (Diligenciar solamente si aplica)

| Descripción de los amparos | % | Contrato Inicial | Fecha Constitución | Fecha Vencimiento | Fecha aprobación Pólizas |
|----------------------------|---|------------------|--------------------|-------------------|--------------------------|
|                            |   | dd-mm-aaaa       | dd-mm-aaaa         | dd-mm-aaaa        | dd-mm-aaaa               |

## 4. PAGOS DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL. (Diligenciar las casillas que apliquen y anexar planillas del sistema de seguridad social integral)

| Concepto | % Liquidación | No. Planilla  | Ingreso Base Cotización | Cotización Obligatoria | Valor Cancelado | Mes Cancelado | Entidad  |
|----------|---------------|---------------|-------------------------|------------------------|-----------------|---------------|----------|
| SALUD    | 12.5          | 4602973243    | \$ 1.423.500            | \$ 178.000             | \$ 178.000      | JUNIO         | SANITAS  |
| PENSION  | 16            | 4602973243    | \$ 1.423.500            | \$ 227.800             | \$ 227.800      | JUNIO         | PORVENIR |
| ARL      | Nivel Riesgo: | No. Planilla: | Valor cancelado:        | Entidad:               |                 |               |          |
|          | 1             | 4602973243    | \$ 7.500                | POSITIVA               |                 |               |          |
| Concepto | % Liquidación | No. Planilla  | Ingreso Base Cotización | Cotización Obligatoria | Valor Cancelado | Mes Cancelado | Entidad  |
| SALUD    | 12.5          | 4609450238    | \$ 1.423.500            | \$ 178.000             | \$ 178.000      | JULIO         | SANITAS  |
| PENSION  | 16            | 4609450238    | \$ 1.423.500            | \$ 227.800             | \$ 227.800      | JULIO         | PORVENIR |
| ARL      | Nivel Riesgo: | No. Planilla: | Valor cancelado:        | Entidad:               |                 |               |          |
|          | 1             | 4609450238    | \$ 7.500                | POSITIVA               |                 |               |          |

## 5. INFORMACIÓN DE RETENCIÓN DE INDUSTRIA Y COMERCIO (ICA):

| Municipio | Base Retención de ICA | Porcentaje % |
|-----------|-----------------------|--------------|
| Yopal     | \$ 2.425.444,00       | 100%         |

Con fundamento en las leyes, reglas y principios vigentes que rigen los contratos de las entidades estatales, CERTIFICAMOS el cumplimiento de las actividades, la verificación de las planillas que soportan el pago al Sistema de Seguridad Social Integral y las obligaciones en general a cargo del contratista, en consecuencia, firmamos el presente documento, una vez verificada la información contenida y corroborada con los soportes que presenta, y AUTORIZAMOS el respectivo pago.

AUTORIZA

SUPERVISOR

KAREN SORIA SANTAFÉ AGUDELO

No. 1082460471 de Bogotá

Jefe Oficina Asesora Jurídica

Acta de posesión N° 0011 de 01/01/2024

Designación de supervisor: clausula catorce

(14) del CDPSAG N°0001 interno 0025-15-01-2025

KAREN SORIA SANTAFÉ AGUDELO

No. 1082460471 de Bogotá

Jefe Oficina Asesora Jurídica

Acta de posesión N° 0011 de 01/01/2024

Designación de supervisor: clausula catorce

(14) del CDPSAG N°0001 interno 0025-15-01-2025

Revisó:

VoBo